

University of Groningen

Uren, dagen, maanden, jaren Een essay over de TBS-longstay als deel van het geheel
Raes, B.C.M.

Published in:
Pet af. Liber Amicorum prof. D.H. de JongE

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2007

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Raes, B. C. M. (2007). Uren, dagen, maanden, jaren Een essay over de TBS-longstay als deel van het geheel. In P. B. F. Keulen, P. G. Knigge, & M. H. D. Wolswijk (editors), *Pet af. Liber Amicorum prof. D.H. de JongE* (blz. 387-398). Wolf Legal Publishers.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Uren, dagen, maanden, jaren

Een essay over de TBS-longstay als deel van het geheel¹

B.C.M. RAES^o

Inleiding

In het beleid van het Ministerie van Justitie en zonder bezwaren vanuit het parlement lijkt het fenomeen van de TBS-gestelde die blijvend delictgevaarlijk wordt geacht, tot een vanzelfsprekendheid te zijn geworden. En daarmee is ook het vestigen van aparte geoormerkte voorzieningen voor deze categorie TBS-gestelden tot staand beleid geworden. Het is, enkele uitzonderingen daargelaten, opmerkelijk stil gebleven rondom de betekenis van deze beleidswijziging. Het ontbreken van een meer fundamentele discussie hierover lijkt er op te wijzen dat men zich heeft neergelegd bij deze vanzelfsprekendheid en kennelijke onvermijdelijkheid van het in feite levenslang uit de samenleving verwijderen van een toenemend aantal TBS-gestelden.

Wat wel gebeurt is dat men toezicht wenst op de kwaliteit van leven in een TBS-longstay voorziening, dat men belijdt dat terugkeer naar een reguliere behandelsetting mogelijk moet blijven bij veranderingen in behandelingsmogelijkheden en/of in de motivatie tot behandeling van een longstay patiënt. En vanwege de rechtsbescherming staat beroep open tegen plaatsing in een longstay afdeling.

In dit essay probeer ik in te gaan op een aantal fundamentele beleidsmatige facetten van dit fenomeen, aangevuld met een aantal gedragskundige en bestuurlijk-juridische overwegingen. Daarbij stel ik bij voorbaat dat de toename van het aantal longstay patiënten raakt aan de tenuitvoerlegging van de maatregel TBS als zodanig. Immers de systeemtheorie leert dat een wijziging in een deel van het systeem gevolgen heeft voor het systeem als geheel.

Het longstay probleem is weliswaar een gegeven, maar ik zal trachten aan te geven waar het beleid mogelijk dit probleem vergroot heeft.

Beleid

In 1991 verscheen onder verantwoordelijkheid van de toenmalige staatssecretaris van justitie, mr. A. Kosto, de nota 'TBS, een bijzondere maatregel'. In deze nota werd het voorgenomen beleid ten aanzien van de tenuitvoerlegging van de maatregel TBS zorgvuldig en uitvoerig beschreven.² In het algemeen heerste de opvatting

^o Hoogleraar forensische psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen.

¹ Met dank aan drs. J.L. van Emmerik voor zijn kritisch commentaar.

² *Nota TBS, een bijzondere maatregel*, Ministerie van Justitie 2001.

dat de sector TBS met deze nota een voorsprong had genomen op de beleidsontwikkelingen bij het gevangeniswezen en de jeugdsector.

In de nota wordt de nadruk gelegd op het belang van de externe differentiatie (de verschillen in theoretische uitgangspunten en de daaruit voortvloeiende werkwijze tussen de diverse TBS-instellingen ten aanzien van de behandeling) en de rol van het Dr. F.S. Meijers instituut daarbij. Ook maakt de nota op meerdere plaatsen melding van de noodzaak tot taakuitbreiding van dit instituut met de zogenaamde monitorfunctie, gericht op het verzamelen van gegevens over de instromende TBS-gestelden en het volgen van de tenuitvoerlegging van de maatregel op individueel en op (sub)groepsniveau. Eveneens wordt geconstateerd dat de intramurale verblijfsduur geleidelijk steeds langer geworden is en wordt ingegaan op de gevolgen daarvan voor de capaciteit van de TBS-sector. In de nota is nauwelijks iets terug te vinden over blijvend delictgevaarlijke TBS-gestelden en begrijpelijkerwijs dus ook niet over het vestigen van speciale voorzieningen voor deze categorie. Wel wordt gesproken over een klein percentage (6%) dat geacht werd te zijn aangewezen op een langdurig verblijf in TBS-voorzieningen. Door de behandeldirecteuren van de TBS-instellingen werd destijds geschat dat hooguit 15 tot 20 personen de rest van hun leven in een TBS-voorziening zouden verblijven (mondelinge mededeling van de toenmalige secretaris van de voorbereidingscommissie van de nota TBS).

Overigens was bij insiders al langer bekend dat met name in de Rijksinrichting Veldzicht te Balkbrug een beperkte groep TBS-gestelden verbleef tot hun overlijden. Bij een aantal van hen was de maatregel inmiddels opgeheven, maar omdat zij ernstig gehospitaliseerd waren gaf het Ministerie van Justitie toestemming dat zij in Veldzicht mochten blijven wonen. TBS-gestelden die na een langdurig verblijf in Veldzicht daar overleden werden begraven op een eigen begraafplaats van de inrichting.

Voor zover ik kan nagaan besteedde in 1993 de toenmalige directeur van Veldzicht, D.W. Oppedijk, als eerste in een publicatie aandacht aan wat hij noemde de groep chronische TBS-gestelden in zijn kliniek. Daarmee lijkt een taboe om zich over dit fenomeen uit te spreken doorbroken.³

Daarna ging het snel. In 1994 was een conferentie van TBS-instellingen en leden van de Rechterlijke Macht gewijd aan het thema chroniciteit in de forensische psychiatrie en in 1995 was blijvende delictgevaarlijkheid het thema van de tweejaarlijkse conferentie van personeel, werkzaam in de TBS-sector.

In 1994 nam het aantal TBS-opleggingen onverwacht en onverklaard aanzienlijk toe, van ongeveer 100-140 per jaar tot meer dan 200. Daardoor nam de druk op het Ministerie van Justitie om oplossingen te vinden voor het toch al groeiende capaci-

³ D.W.Oppedijk, 'Chronische TBS-gestelden', in: *Overheid en Patient*, (Liber Amicorum prof. Dr. N.W. de Smit), Arnhem: Gouda Quint 1993.

teitsprobleem in de sector aanzienlijk toe. In samenhang daarmee werd de wachttijd tot opname van TBS-passanten in het gevangeniswezen steeds langer en het aantal TBS-passanten steeds hoger. Het aantal plaatsen in de bestaande TBS-klinieken werd uitgebreid, een nieuwe kliniek werd in de steigers gezet.

Het is niet verwonderlijk dat tegen de achtergrond van deze problemen de aandacht voor de groep blijvend delictgevaarlijke TBS-gestelden gestaag toenam. Hierbij gold als belangrijkste redenering dat, als er van blijvende delictgevaarlijkheid sprake was, het uit oogpunt van efficiency en om budgettaire redenen onjuist was dat deze groep TBS-gestelden dure behandelplaatsen bezet hield terwijl er geen behandelperspectief was en de behandeling ook weinig intensief meer was. In de Tweede Kamer werd in 1996 een motie aangenomen over het aldus geformuleerde probleem. Deze motie leidde tot het instellen van een commissie ‘Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke TBS-verpleegden’, die in 1998 haar advies uitbracht.⁴ Dit advies hield onder meer in dat van voortdurende delictgevaarlijkheid gesproken kon worden als er in twee verschillende klinieken pogingen tot vermindering van de delictgevaarlijkheid waren ondernomen, in elke kliniek gedurende vier jaar, zonder dat het risico van recidive verminderd was. De regering bepaalde dat deze termijnen teruggebracht konden worden naar twee maal drie jaar.

In korte tijd vonden onder druk van het toenemende capaciteitsvraagstuk twee interdepartementale beleidsonderzoeken plaats (IBO I, ‘Doelmatig Behandelen’, 1996⁵; IBO II, ‘Over Stromen’, 1998⁶). Het is duidelijk dat het Ministerie van Justitie haast had. Globaal gesproken sloot ‘Doelmatig Behandelen’ aan bij de nota TBS, maar voordat het tot implementatie van de voorstellen kwam, volgde ‘Over Stromen’. In de voorstellen van IBO II werd een sterk accent gelegd op output financiering, dat wil zeggen: het introduceren van een financiële prikkel voor de TBS-klinieken om de intramurale behandelduur te verkorten. Na zes jaar verblijf werd de dagverpleegprijs aanzienlijk verminderd. Tegelijkertijd werd een ander advies van IBO II ingevoerd, inhoudende een aselechte toewijzing van TBS-gestelden aan de klinieken (enkele groepen uitgezonderd). De onderliggende gedachte van dit advies had eveneens een financiële kleur. Op den duur zouden de TBS-klinieken vergelijkbare TBS-populaties herbergen, zodat ze wat hun prestaties betreft met elkaar vergeleken konden worden wat uitstroom van TBS-gestelden per kliniek betreft. De klinieken zouden aldus in een soort concurrentie-model geplaatst worden en daarop worden afgerekend. Dit betekende onder meer een scherpe breuk met het verleden, waarin de externe differentiatie tussen de klinieken bij de selectie en toewijzing bepalend was.

⁴ DJI, Den Haag 1998.

⁵ Interdepartementaal Onderzoek *Doelmatig Behandelen*, 1996.

⁶ Interdepartementaal Onderzoek *Over stromen*, 1998.

Het valt op dat de zesjaars termijn als criterium voor de bepaling van blijvende delictgevaarlijkheid in de besluitvorming samenvalt met de zes jaar van de output financiering. Is het een wankel hypotheese dat beide maatregelen een zeker cumulatief effect gehad hebben, resulterend in een toename van het aantal longstay patiënten? Immers, de output financiering, dat wil zeggen een lagere verpleegprijs na zes jaar intramuraal verblijf, zal een negatief effect hebben op het budget van de TBS-klinieken. En een vastgestelde longstay-indicatie na zes jaar, gevolgd door plaatsing in een longstay afdeling, is aantrekkelijk omdat de betreffende TBS-gestelde dan niet meer hoort bij de formele capaciteit van de betreffende kliniek. Dit voordeel gaat niet op als de betreffende TBS-gestelde lang op overplaatsing naar een longstay-afdeling moet wachten. De TBS-klinieken hebben aldus voordeel bij het uitbreiden van het aantal longstay voorzieningen.⁷

Er zijn twee argumenten die deze hypotheese lijken te ondersteunen. Ondanks de sterke uitbreiding van de TBS-capaciteit gedurende de afgelopen tien jaren, is de uitstroom van TBS-gestelden uit het intramurale verblijf nauwelijks toegenomen⁸. Dit zou eventueel verklaard kunnen worden door de omstandigheid dat het effect van de uitbreiding van de intramurale capaciteit nog op zich laat wachten, gezien de toenemende intramurale verblijfsduur. Een tweede argument voor het gecombineerde effect van beide beleidswijzigingen zou gevonden kunnen worden in de aanzienlijke stijging van het aantal TBS-gestelden met een vastgestelde longstay-indicatie. Er zijn aanwijzingen dat TBS-gestelden bij wie men tijdens de tenuitvoerlegging een sombere behandelingsprognose voorziet, al in een relatief vroeg stadium van de verpleging de weg richting longstay ingaan. In de wandelgangen is zelfs te horen dat deze groep met een weinig hoopvolle prognose in het circuit 'rond gepompt worden', totdat aan de longstay-criteria is voldaan. Men kan stellen dat hiermee tevens een dysfunctie van het systeem aan het licht komt. Immers, de twee behandelingspogingen zijn geïntroduceerd als rechtswaARBorg, om TBS-gestelden niet het slachtoffer te laten worden van een vastgelopen behandelrelatie in één kliniek. Maar dit leidt tot herselectie binnen of na drie jaar, hetgeen niet altijd in het belang van de TBS-gestelde hoeft te zijn, doordat deze de discontinuïteit vergroot, de door betrokkene ervaren afwijzing bevestigt en veel potentiële kostbare behandel-tijd kost. Hiermee verwijs ik naar mijn opmerking in de inleiding over het effect op systeemniveau bij de introductie van een nieuw onderdeel in het systeem.

Als deze veronderstellingen op enige bodem berusten, dan zouden de uitstromende TBS-gestelden een selecte groep met een goede prognose vormen en wellicht ook

⁷ Voor een goed overzicht over deze beleidsverwikkelingen zij verwezen naar het WODC-rapport *De longstay afdeling van Veldzicht, een evaluatie*, Reeks onderzoek en beleid nr. 207, 2003.

⁸ *TBS in getal*, DJI, Ministerie van Justitie 2006.

met lagere recidive percentages. En daarop zou de sector haar bestaansrecht kunnen baseren – zwart-wit gezegd – ten koste van het toegenomen aantal longstay - patiënten.

Aan bovenstaande zou – terecht – nog toegevoegd kunnen worden dat de criteria voor een longstay plaatsing inmiddels enigszins zijn opgerekt. TBS-gestelden met in hun verleden een langdurig of herhaaldelijk verblijf in de GGZ op grond van de wet BOPZ die op grond van een ernstig delict in de betreffende GGZ-instelling de maatregel TBS hebben opgelegd gekregen, kunnen eerder dan de genoemde termijnen in aanmerking komen voor een longstay plaats. Hetzelfde geldt voor TBS-gestelden die in hun voorgeschiedenis eerder een TBS-maatregel hebben opgelegd gekregen.

De vermaatschappelijking of extramuralisatie van de psychiatrie, waarbij onder andere de van oudsher bestaande verblijfsafdelingen van de grote algemene psychiatrische ziekenhuizen werden gesloten, wordt door menigeen gezien als een van de oorzaken van het toenemend aantal longstay-patiënten in de TBS. Dit gaat mijns inziens maar ten dele op. Deze asyfunctie van de algemene psychiatrische ziekenhuizen verschafte verblijf en zorg aan chronisch psychotische patiënten. De toename van het aantal TBS-gestelden met een psychotische stoornis is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de instroom van psychotische patiënten met een niet-Nederlandse ethnische achtergrond.⁹ Bovendien worden de TBS-longstay plaatsen voor een niet onaanzienlijk deel bezet door seksueel delinquenten, die voorheen niet behoorden tot het bestand van de verblijfsafdelingen van de algemene psychiatrische ziekenhuizen.

In 2004 werd de druk op het Ministerie van Justitie verder vergroot door twee uitspraken van EHRM¹⁰ over de ontoelaatbaarheid van de duur van de passantentijd. Omdat er inmiddels enige leegstand in het gevangeniswezen was ontstaan, werd in 2005 besloten TBS-afdelingen binnen het gevangeniswezen te realiseren, onder verantwoordelijkheid van een viertal TBS-klinieken die zich daarvoor aangemeld hadden. Naast de longstay afdelingen op het terrein van Veldzicht en van de Pompekliniek bevinden zich nu ook longstay plaatsen binnen de muren van het gevangeniswezen.

De tijdelijke parlementaire commissie onderzoek TBS (2006)¹¹ schrijft in haar vierde aanbeveling, getiteld: 'Levenslang TBS' onder meer het navolgende. 'De commissie stelt nadrukkelijk dat de huidige ontwikkeling, waarin TBS steeds vaker

⁹ J.P. Selten, 'Epidemiologie van schizofrenie bij migranten in Nederland', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 44, (2002) 10, p. 665-675.

¹⁰ EHRM 11 mei 2004, 49902/99 (Brand); EHRM 11 mei 2004, 48865/99 (Morsink).

¹¹ *TBS, vandaag over gisteren en morgen*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2006.

via 'longstay' uitmondt in levenslange vrijheidsbeneming, een ontwikkeling is die gekeerd moet worden. Dan verwordt TBS tot een zeer kostbaar pseudo-levenslang. Voortzetting van de huidige praktijk leidt tot een situatie waarin 'longstay' een vergaarbak wordt voor tbs-ers met een veelheid aan stoornissen en diversiteit in delictgevaar'.

Gedragskundige beschouwingen

Naast de boven beschreven beleidsproblemen zijn er ook op gedragskundig gebied kanttekeningen te maken.

Gaandeweg is, sinds het taboe om over de levenslange TBS te spreken werd doorbroken, de terminologie om dit fenomeen als groep aan te duiden, verschoven van chronische TBS-gestelden, naar voortdurend en vervolgens naar blijvend delictgevaarlijke en ten slotte naar onbehandelbare TBS-gestelden. Het zijn vooral de forensische gedragskundigen die zich van deze termen bediend hebben.

Vooraf zij nog eens gesteld dat de maatregel dient ter bescherming van de samenleving tegen ernstige recidive door middel van opname in gespecialiseerde, beveiligde klinieken en dit verblijf dient dienstbaar gemaakt te worden aan een verantwoorde terugkeer van de TBS-gestelde in de samenleving. Daarmee wordt benadrukt dat de maatregel beoogt, in de tijd gezien, eindig te zijn.

De bovenstaande termen nader beschouwend kom ik tot het volgende commentaar. Het gebruik van de term chronisch komt onmiskenbaar uit het medisch jargon, waar wel gesproken wordt van acute versus chronische, chronisch progressief of chronisch intermitterend verlopende aandoeningen. Het heeft de forensische psychiatrie enige tijd gekost om er achter te komen dat de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis der geestvermogens, die van invloed waren op het gepleegde delict, gekenmerkt worden door een chronisch (progressief of stationair) beloop. Het stationaire beloop is vooral terug te vinden bij volwassen mensen met een persoonlijkheidsstoornis en bij mensen met een verstandelijke handicap. Bij mensen met een diagnose uit het schizofrenie-spectrum is het beloop minder voorspelbaar dan tot voor kort gedacht werd. Hieraan kan worden toegevoegd dat de diagnostische classificatie 'persoonlijkheidsstoornis' minder betrouwbaar is dan zij in de praktijk naar voren blijkt te komen. De discussie in de internationale wetenschappelijke literatuur over het construct persoonlijkheidsstoornis is nog in volle gang. 'Voor alle zekerheid' wordt in de forensische gedragskunde dan ook veelal gesproken van ernstige persoonlijkheidsstoornissen, waarmee impliciet wordt aangegeven dat de afgrenzing tussen persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen niet zo betrouwbaar is als ze lijkt te zijn.

De term chronische TBS-gestelden verwijst sterk naar het medische model. In de forensische gedragskunde gaat het in de behandeling om meer dan het beïnvloeden van klachten, verschijnselen en gedragingen, die voortkomen uit een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis der geestvermogens. In de meeste gevallen

dragen meer factoren bij aan het tot stand komen van een (toekomstig) ernstig strafbaar feit, dan enkel afwijkingen in de geestvermogens. Zowel in de forensisch gedragskundige rapportage Pro Justitia als in de behandeling tracht men inzicht te krijgen in de bijdrage van deze factoren aan het ten laste gelegde, respectievelijk aan de kans op recidive. De complexiteit van het menselijk gedrag laat zich zelden inzichtelijk maken door een monocausale verklaring. Met deze opmerking raak ik aan het veel besproken thema van de verminderde toerekeningsvatbaarheid.

De eerder genoemde commissie, die in 1998 advies uitbracht, koos bewust voor de term voortdurende delictgevaarlijkheid, om daarmee duidelijk te maken dat de tenuitvoerlegging van de maatregel TBS kan voortduren zolang dat ter beveiliging van de samenleving noodzakelijk geacht wordt. Deze uitdrukking is niet overgenomen maar vervangen door de term blijvende delictgevaarlijkheid. Zou het kunnen zijn dat mede hierdoor de weg geopend is naar de longstay-afdelingen?

Het ligt voor de hand vervolgens een nadere beschouwing te wijden aan de term '(on)behandelbaarheid', die eveneens sterk verwijst naar het medisch spraakgebruik.

Niet de (on)behandelbaarheid maar de delictgevaarlijkheid is een van de voorwaarden voor het opleggen van de maatregel.

Daarnaast suggereert het gebruik van de term onbehandelbaar een onjuiste dichotomie tussen behandelbaarheid en onbehandelbaarheid. Het verminderen van de kans op recidive kan bereikt worden als men behandelen niet in strict medische zin beschouwt, maar als het geheel van interventies en condities, die het recidive-risico beperken. Niet voor niets duikt de uitdrukking 'no cure, but control' op in de laatste decennia van de vorige eeuw. Hiermee wordt immers aangegeven dat verminderen van het recidive-risico niet gebaseerd is op een succesvolle behandeling die leidt tot genezing. Hetzelfde uitgangspunt is terug te vinden in de introductie van 'risk-management' mede in het kader van het in gebruik nemen van risicotaxatie instrumenten. Anders gezegd, de forensisch gedragskundige benadering is delict- en niet diagnose-georiënteerd.

In zijn boek gaat Van der Wolf¹² in op de complexiteit van het begrip onbehandelbaar. In zes hoofdstukken verkent hij de pragmatische, juridische, semantische, methodologische, psychometrische en ethische implicaties van dit begrip. In zijn eindconclusie vermeldt hij onder meer: 'Zolang wij, als systeem of behandelaars, op wat voor manier dan ook medeverantwoordelijk zouden kunnen zijn voor de onbehandelbaarheid van patiënten, is de term op zich al misleidend. Bovendien houdt onze sociale verantwoordelijkheid, als medemensen, voor deze patiënten in dat zolang op basis van onze (beperkte) wetenschap onbehandelbaarheid niet met vol-

¹² M.J.F. van der Wolf, *Onbehandelbaar! Onbillijk?*, Boom Juridische uitgevers, Den Haag 2006.

doende zekerheid voorspeld kan worden, hen niet op basis van slechts praktische of financieel politieke overwegingen behandeling onthouden mag worden’.

Aan het begin van de tenuitvoerlegging is een vorm van triage nodig, dat wil zeggen een differentiatie in het behandelingsaanbod. Naar mijn mening moet een aantal TBS-gestelden eerst leren socialiseren en soms zelfs hospitaliseren voordat aan resocialisatie kan worden begonnen.

Het onderzoek naar de effectiviteit van de maatregel TBS, in de zin van vermindering van het recidive-risico, stuit op meerdere problemen. De vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw uitgevoerde studies naar recidive na beëindiging van de maatregel bieden weliswaar enig houvast maar de resultaten van deze studies zijn ongeschikt om een terugkoppeling te maken naar de behandeling die tijdens de tenuitvoerlegging heeft plaats gevonden en die zou kunnen leiden tot een bijstelling van de behandeling. Een van de oorzaken van dit probleem is dat zich tussen het beëindigen van de maatregel en de recidive-studie allerlei veranderingen op beleids- en uitvoerend niveau kunnen hebben voorgedaan, die deze terugkoppeling weinig zinvol maken. Bovendien was er tot voor kort in de sector nauwelijks aandacht voor het systematisch vastleggen van relevante gegevens bij binnenkomst in de TBS-sector, van gegevens over de gepleegde interventies en het beloop van de behandeling en van gegevens bij uitstroom uit de TBS, noch op individueel, noch op (sub) groepsniveau.

Wat in de geneeskunde klinisch evaluatief onderzoek wordt genoemd, waaronder ook studies met controlegroepen, stuit in de TBS-sector op tal van ethische, praktische en methodologische problemen. Het is al een opgave om voldoende homogene onderzoeksgroepen van enige omvang voor dit soort onderzoek te kunnen samenstellen op basis van overeengekomen relevante exclusie- en inclusiecriteria. Sectorbreed zou derhalve consensus moeten bestaan over onderzoeks-, behandelings- en evaluatieprotocollen of procedures. Dit vergt nauwe samenwerking tussen de verschillende forensisch psychiatrische instellingen, hetgeen in het verleden en tot op de dag van vandaag nog wel eens problematisch is gebleken. Bovendien is, ondanks het streven volgens de adviezen van IBO II (zie boven) naar vergelijkbare kliniepopulaties, het voorzieningenbeleid per kliniek onder druk van de capaciteitsuitbreiding nogal verschillend. De zogenaamde externe differentiatie tussen de inrichtingen (op verschillende theoretische uitgangspunten gebaseerde behandeling) heeft weliswaar plaats gemaakt voor een meer eclectische benadering van de behandeling, maar de verschillende tradities in met name de langer bestaande klinieken spelen nog steeds een rol.

De veranderingen in behandelparadigmata vormen een andere complicatie voor het verrichten van longitudinaal onderzoek met betrekking tot de tenuitvoerlegging van de maatregel TBS. Was er tot het begin van de jaren vijftig van de vorige eeuw sprake van een sobere dwangverpleging met weinig therapeutische ambities, in de

daarop volgende decennia heerste, onder invloed van de Utrechtse school, een optimistische visie op de mogelijkheden tot het structureel beïnvloeden van de persoonlijkheid van de TBR-gestelde. Een centrale rol was daarbij toegedacht aan het sociaal-therapeutisch milieu. Immers daar kon de patiënt onontkoombare nieuwe corrigerende cognitieve en emotionele leerervaringen opdoen, die hem tot een 'beter' mens zouden maken. Dit valt niet los te zien van de tijdgeest waarin afstand genomen werd van het medisch model ('the doctor knows best'), waarin de anti-psychiatrie opkwam en er vooral betekenis gehecht werd aan modellen uit de psychologie en sociologie.

Geleidelijk aan drong zich het inzicht op dat dit optimisme onvoldoende realistisch was. Men had immers te maken met veelal chronisch verlopende aandoeningen. Onder invloed van de ontwikkelingen in de algemene geestelijke gezondheidszorg verschoof het behandelingsparadigma naar het handicap-model, waarbij rehabilitatie en revalidatie de overhand kregen en beschouwd werden als methoden om tot resocialisatie van de forensisch psychiatrische patiënt te komen. Acceptatie van de handicap en versterken van de (nog) aanwezige capaciteiten kwamen voorop te staan.

Vanaf de jaren tachtig manifesteerde zich een nieuwe ontwikkeling in de behandeling. Het index-delict en de factoren die hadden bijgedragen aan het tot stand komen van het delict en aan eventuele nieuwe delicten in de toekomst werden tot focus van de behandeling. De invloed van de cognitieve psychologie en van de ontwikkeling van de gestructureerde risico-taxatie was hierbij sterk aanwezig. Dit leidde tot delict-analyse, delict-scenario's en daardoor het onderkennen van door behandeling beïnvloedbare risico-factoren. Deze kregen in de behandeling een centrale positie. Opmerkelijk is in deze verschuiving van paradigmata, dat in de nieuwe beginselenwet voor de verpleging van TBS-gestelden, de termen verzorgen, verplegen en behandelen afzonderlijk en voor het eerst omschreven werden. Stond aanvankelijk het sociaal-therapeutisch milieu centraal, verpleging wordt nu vooral beschouwd als voorwaarde-scheppende functie om tot behandeling te komen.

Dit korte overzicht laat zien dat deze geleidelijke verschuivingen in de uitgangspunten voor de behandeling in het kader van de TBS zeker niet bevorderlijk zijn voor systematisch longitudinaal en evaluatief onderzoek.

Ik noem nog drie factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan de toename van de groep voortdurend delict-gevaarlijken. Sinds de wetswijziging 'van TBR naar TBS' is de populatie van TBS-gestelden ingrijpend veranderd, zowel in criminologisch als in psychopathologisch opzicht: hoofdzakelijk plegers van ernstige gewelddadige en seksueel-agressieve delicten met meervoudige psychische stoornissen waarbij vooral verslaving een complicatie voor de behandeling vormt. De ongeveer driedvoudige uitbreiding van de capaciteit heeft als gevolg een verdunning van kennis en

ervaring bij de werkers in de sector. In samenhang hiermee kan beschouwd worden het verlaten van het oorspronkelijk onomstreden idee dat een TBS-kliniek qua capaciteit niet groter behoorde te zijn dan maximaal 80-90 plaatsen, om een coherent behandelingsaanbod mogelijk te maken. Nu zijn er klinieken die de omvang van 200 plaatsen benaderen. Ten slotte noem ik het meer stringente verloffbeleid van het ministerie, hetgeen zijn uitwerking zal hebben op de intramurale verblijfsduur.

Het behandelen in de forensische psychiatrie voldoet niet aan het criterium 'evidence based' omdat wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de maatregel TBS ontbreekt. Er is hooguit sprake van een vorm van 'best practice'. Dit geldt ook voor de indicatie voor plaatsing op een longstay-afdeling. Tevens heb ik aangegeven op welke methodologische en ook ethische problemen men stuit als men wetenschappelijk onderzoek wil doen in de TBS-sector en heb ik de aandacht gevestigd op een aantal factoren die de tenuitvoerlegging compliceren.

Een korte bestuurlijk-juridische beschouwing

De dimensie tijd heeft tijdens de tenuitvoerlegging van de maatregel TBS een ambigue betekenis. Tijd is kostbaar voor de terbeschikkinggestelde, want voor hem is terugkeer naar de samenleving uiteraard verbonden met de duur van de terbeschikkingstelling. De penitentiaire kamer van het Hof in Arnhem krijgt in de beroepszaken over verlenging van de maatregel vaak te maken met verschillen van mening over de vorderingen van de behandeling tussen de TBS-gestelde en de kliniek. Daarbij wordt ook geklaagd over de behandeling die tekort schiet, over afspraken die niet nagekomen worden en over tijd vergende wisselingen van behandelaars. En naar mijn mening zijn dit niet alleen querulerende patiënten. Een andere groep TBS-gestelden blijkt van meet af aan een oppositionele houding ten opzichte van het aanbod van de behandelaars te hebben aangenomen, waarin zij steeds verder verhardten. Deze groep is welhaast gepredisposeerd om in een longstay traject terecht te komen. (Dit roept overigens de vraag op of de kliniek dit voldoende snel onderkent en of er geen andere modus gevonden kan worden om tot enigerlei vorm van overeenstemming te komen). Elke overplaatsing naar een andere kliniek gaat gepaard met tijdverlies.

Voor de kliniek speelt de dimensie tijd een andere rol. Immers, het tot stand brengen van gedragsveranderingen die tot een lager recidive-risico leiden, kost nu eenmaal tijd, veel tijd, niet te voorspellen tijd. Dit roept de – weliswaar generaliserende – vraag op of men in de klinieken zich voldoende bewust is van de (niet-materiële) kostbaarheid van de tijd. Daaraan kan worden toegevoegd dat de lange behandelduur in een 'kunstmatige' omgeving voor de individuele TBS-gestelde meer dan een levensfase omvat. De persoon van de verdachte heeft, hoe dan ook, een ontwikkeling doorgemaakt na langdurig intramuraal verblijf in een penitentiaire inrichting en in de TBS. Hetzelfde kan overigens gesteld worden met betrekking

tot (levens)lang gestraften in het gevangeniswezen, voor wie het Penitair Selectie Centrum voorheen een volprocedure kende.

Zoals eerder gezegd is het longstay vraagstuk niet een vraagstuk van de longstay, maar van het TBS-systeem als geheel.

Het is de vraag of het huidige systeem van toezicht op en toetsing van de tenuitvoerlegging voldoende is om tijdig voortgang of stagnatie in de behandeling te kunnen signaleren. De verlengingsrechter en eventueel het hof spreken zich uit over het gevaarscriterium en baseren zich daarbij op de informatie, verstrekt in de vorm van verlengingsadviezen en wettelijke aantekeningen door de kliniek. Het Ministerie van Justitie heeft met de nodige moeite een geautomatiseerd systeem ontwikkeld dat moet voorzien in beleids- en sturingsinformatie. Daarnaast is de invloed van het ministerie niet te onderschatten waar het haar bevoegdheid betreft aangaande het verlenen van verlof. De recente geschiedenis leert dat ernstige incidenten ingrijpende gevolgen hebben voor het verlofbeleid van het ministerie en derhalve ook op de intramurale verblijfsduur. De commissies van toezicht en de daaruit gevormde beklagcommissies richten zich in de praktijk vooral op de bescherming van de rechtspositie van de TBS-gestelde. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft naar aanleiding van problemen in een van de TBS-klinieken met enige tussenpauze twee maal een onderzoeksronde gemaakt langs alle TBS-inrichtingen en over elke kliniek gerapporteerd en aanbevelingen gegeven. De invloed van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming op de inhoud van de tenuitvoerlegging is duidelijk afgenomen. De inrichtingen hebben meer dan tien jaar geleden een systeem van interinstitutionele toetsing in het leven geroepen, maar hiervan is reeds lang niets meer vernomen. Blijven nog de zogenaamde zes-jaars rapportages door twee onafhankelijke gedragskundigen, die een eigen advies uitbrengen, naast het advies van de kliniek aangaande de verlenging. Deze deskundigen hebben meer mogelijkheden om zich uit te spreken over de inhoud van de behandeling.

In feite betreffen de bovengenoemde activiteiten toetsing achteraf en/of een oordeel over de toekomst.

Bovenstaande is ook onder te brengen onder de noemer van de verhouding tussen de professionele autonomie van de klinieken, externe toetsing van de met de vrijheidsbeneming beoogde verantwoorde terugkeer in de samenleving en de aansturing door het Ministerie van Justitie.

Tot besluit

Het zal duidelijk zijn dat ik in dit betoog over de TBS-longstay deze voorziening niet los kan zien van de tenuitvoerlegging van de maatregel TBS als zodanig. Zonder nostalgie pleit ik voor een aantal uitgangspunten zoals beschreven in de nota

TBS, een bijzondere maatregel en het daarop aansluitende rapport van IBO I (Doelmatig Behandelen). De verdere rapporten, die daarna in ruime mate verschenen zijn, vinden hun oorsprong vooral in het zoeken naar praktische en zo mogelijk snelle oplossingen voor de capaciteitsnood in de sector TBS.

De TBS-longstay afdelingen zijn er gekomen en stromen vol. Bleichrodt¹³ wijdde zijn oratie 'Een leven lang' aan een aantal (ontbrekende) juridische aspecten samenhangend met de huidige praktijk van het ten uitvoerleggen van levenslange gevangenisstraffen en van de longstay-TBS. Ik deel zijn mening dat er, ten aanzien van beide, aanpassingen op wetgevingsniveau noodzakelijk zijn, gezien het ingrijpende karakter van beide vormen van vrijheidsbeneming. In deze wetgeving zou opgenomen moeten worden vormen van inhoudelijk toezicht op de tenuitvoerlegging van beide sancties.

Wellicht zou de penitentiaire kamer van het hof in Arnhem in haar arresten meer mogelijkheden moeten krijgen voor zogenaamde traject-beslissingen. Daarmee bedoel ik een uitbreiding van de beoordeling van het al dan niet persisterende recidive-gevaar naar een bindende aanwijzing aan de betreffende kliniek met betrekking tot haar behandelbeleid in de op het arrest volgende periode. Ook de beslissing tot plaatsing in een longstay-afdeling zou hieronder kunnen vallen. Maar evenals de in het laatste deel van de vorige paragraaf genoemde vormen van toezicht, is dit in feite een toetsing achteraf. Mijn voorkeur gaat uit naar een (eventueel klinische) onafhankelijke adviesprocedure wanneer zich tijdens de tenuitvoerlegging tekenen van stagnatie voordoen.

¹³ F.W. Bleichrodt, *Een leven lang* (Oratie Groningen), Deventer: Kluwer 2006.